NursRxiv
DOI：10. 12209/issn2708-3845. 20220808001

北京地区中医医院危重患者护理文件质量现状调查与分析

赵　楠，李　静，赵静涛
（中国中医科学院西苑医院，北京 100091）

摘要：目的　通过调查北京地区中医医院危重患者护理文件质量现状并进行分析，为中医医院护理文件的质量管理提供参考依据。**方法**　采取整群抽样的方法，选择北京地区38所三级及二级中医、中西医结合医院共作为调查对象，选取2020年1月1日—10月31日的归档病历，每所医院抽取5份危重患者护理病历，剔除记录天数不足3天的病历，共计175份进行质量调查，对出现的质量缺陷进行分析。**结果**　175份护理病历书写质量平均得分为82. 12分，共出现质量缺陷917次，其中ADL量表发生76次（8. 29%），体温单发生106次（11. 56%），护理记录单缺陷问题最多为720次（78. 52%）。护理记录主要缺陷问题集中在记录时限错误、缺乏专科护理内涵、中医技术记录不规范、页面不整洁、签字不规范、其他问题6个方面。**结论**　北京地区中医医院危重患者护理文件总体质量有所提升，危重患者护理文件质量缺陷发生频次较高，质量缺陷类型复杂，应从制定细化标准、推行电子表格化病历、加强护士综合能力培训等方面进行改进，管理部门应高度重视护理文件书写质量，分析缺陷原因，采取有效措施。

关键词：危重患者；护理文件；质量缺陷；原因调查

The investigation and analysis of the quality status of nursing documents for critical patients in hospitals of traditional Chinese medicine（TCM）in Beijing

ZHAO Nan，LI Jing，ZHAO Jingtao
（*Xiyuan Hospital of China Academy of Chinese Medical Sciences*，100091）

ABSTRACT：Objective　This study aims to provide a reference for the quality management of nursing documents in TCM hospitals，by investigating and analyzing the quality status of nursing documents for critical patients in TCM hospitals in Beijing. **Methods**　This study adopted cluster sampling method to select 38 third-level and second-level TCM hospitals and integrated traditional Chinese and Western medicine hospitals in Beijing as the survey subjects，and selected archived medical records from January 1st to October 31st，2020. Each hospital will extract 5 nursing records of critical patients，and exclude medical records with less than 3 days recording. Finally，the quality of the selected 175 nursing records were investigated，and the quality defects discovered were analyzed. **Results**　The average score of writing quality of 175 nursing records was 82. 12 points. And the quality defects occurred 917 times，including 76 times（8. 29%）quality defects in ADL Assessment Scale and 106 times（11. 56%）quality defects in Temperature Chart，and quality defects occurred most up to 720 times（78. 52%）in Nursing Record Sheet. Nursing record defects mainly appears in 6 areas：incorrect recording of time limit，lack of specialized nursing connotation，nonstandard TCM technology records，untidy handwriting，nonstandard signatures，and other problems. **Conclusion**　The overall quality of nursing documents for critical patients in Beijing TCM hospitals has been improved. Critical patients' nursing document quality defects still occur frequently，and the types of quality defects are complex. Improvements should

通信作者：李静，xyyylijing@sina. com

be made from instituting standards in detail, implementing tabular electronic medical records, and strengthening the training of nurses' comprehensive capabilities. The management department should attach great importance to the quality of nursing document writing and analyze reasons for the defects and take effective measures.

KEY WORDS: critical patients; nursing documents; quality defects; causes investigation

护理文件是护理人员在护理活动过程中记录的文字、符号、图案等资料的总称,是患者病情动态变化实际情况和护士理论水平专业能力的客观反映[1]。2002年颁布的《医疗事故处理条例》明确了护理记录是病历的重要组成部分,是患者可以复印或复制的内容之一,具有法律效应[2]。随着医疗卫生改革的不断深入,人们的自我保护意识和法律维权意识不断增强,医疗纠纷呈逐年上升趋势[3]。危重患者病情复杂、变化快,医疗护理工作存在特殊性和高风险性,护理文件质量会直接影响医护人员在病情方面的判断,甚至因为一个错字或医疗文书中的用词不当引起患者不满,最终导致纠纷发生[4]。近年来中医医院收治危重患者比例逐年提升,有研究报道中医院ICU患者疾病构成及死亡率与综合医院相近[5],加强中医医院护理人员危重患者护理文件书写质量控制和管理至关重要。为此北京市中医护理质控中心于2020年11月对本市38所中医、中西医结合医院开展危重患者护理文件质量追溯检查,旨在了解质量管理现状,查找存在的问题,分析原因,以进一步规范护理文件的书写,防范医疗纠纷的发生,现报道如下。

1　资料与方法

1.1　研究对象

采取整群抽样的方法,选择北京地区收治危重患者的三级及二级中医、中西医结合医院共38所作为调查对象,其中三级医院28所、二级医院10所。

1.2　研究工具

《2020年中医病种危重患者护理病历质量检查表》,由北京中医护理质控中心参照北京市中医管理局下发的《北京市中医护理文件书写基本要求(2016年试行版)》和中华中医药学会2006年颁发的《中医护理常规技术操作规程》中护理文件书写的相关标准及要求,结合中医医院护理病历书写过程中的实际情况自行设计形成初步标准,经过护理质控中心专家组成员多次讨论并征求病案质控中心意见,形成最终标准。

《2020年中医病种危重患者护理病历质量检查表》设置为每份病历总分100分,包含一级指标4个:病历整体指标(10分)、首页指标(15分)、体温单指标(15分)、危重患者护理记录单指标(60分);二级指标9个:护理级别、记录天数、ADL评定、体温单绘制记录、危重患者护理记录的书写规范、记录时限、专科护理、中医特色及签字规范;三级指标22个,其中每个三级指标会根据问题的严重程度分为A、B、C三个等级,并赋予不同的分值。检查表使用前由4名重症监护病房护士长及4名护理专家对其信度和效度进行了测量,调查共设定了4个问题,包括检查表设计合理性、内容覆盖的全面性、指标难易程度、检查者可实施性,每一问题采用单项百分制,分值越高满意度越高,共发放问卷8份,收回8份,回收率为100%。结果显示,Cronbach'sα系数为0.80,内容效度CVI值为0.83,具有良好的信度和效度。

1.3　资料收集

选取2020年1月1日—2020年10月31日的归档病历,每所医院抽取5份危重患者护理病历,剔除记录天数不足3天的病历,共计175份。由北京中医护理质控中心选取10名护理专家组成质量检查组,在检查前对小组成员进行《2020年中医病种危重患者护理病历质量检查表》的涵盖内容及评价方法的培训,以统一认知,达成共识。

每所医院的护理病历由不同的质量检查组成员分别检查,并将结果在《2020年中医病种危重患者护理病历质量检查表》中逐项详细记录。北京中医护理质控中心委派专人核对收集检查表,并负责将数据录入至"北京中医病案质控联合检查系统",共发放检查表175份,有效回收率100%。

1.4　统计学方法

本研究中所获得的数据资料均采用SPSS19.0统计学软件进行录入及统计分析。缺陷问题的分布情况采用百分比(%)进行表示,问题相关因素的分析,在数据符合正态分布和方差

齐性的前提下，发生频次采用(x±s)进行表示，同时采用单因素方差分析进行检验，检验水准 α=0.05，P<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 北京地区中医医院危重患者护理病历基本情况

北京地区38所医院实际抽查危重患者护理病历175份，其中诊断为肺部感染51例，心力衰竭16例，慢性阻塞性肺疾病12例，慢性肾衰竭12例，急性心梗11例，恶性肿瘤10例，脑梗死10例，其他53例；特级护理117份，一级护理58份；护理记录天数3-6天37份，7-14天55份，大于14天83份。

2.2 北京地区各级中医医院危重患者护理文件书写质量

北京地区各级中医医院护理文件书写质量平均得分为82.12分，其中三级医院平均为84.49分，二级医院平均为81.37分；三级医院达到85分的病历70份，占53.44%，二级医院达到85分的病历10份，占22.73%，见表1。

表1 北京地区中医医院危重患者护理文件书写质量得分情况

医院类别	医院数量(所)	病例数量(份)	平均分	优秀率(%)
三级医院	28	131	84.49	70(53.44)
二级医院	10	44	81.37	10(22.73)

2.3 北京地区中医医院175份危重患者护理文件缺陷问题

北京地区中医医院护理文件缺陷问题共出现917次，其中护理记录缺陷问题最多为720次，占总缺陷的78.52%，各类型缺陷的构成情况，见表2。

表2 北京地区中医医院危重患者护理文件缺陷分类表

类 别	缺陷类型	出现频次	构成比(%)
ADL量表	记录不准确	22	2.40
	记录不及时	54	5.89
体温单	漏项	66	7.20
	涂改	18	1.96
	绘制错误	22	2.40
护理记录单	记录时限错误	52	5.67
	缺乏专科护理内涵	314	34.24
	中医技术记录不规范	130	14.18
	签字不规范	119	12.98
	页面不整洁	79	8.62
	其他缺陷问题	26	2.84

2.4 北京地区中医医院危重患者护理记录

北京地区中医医院护理记录主要缺陷问题集中在记录时限错误、缺乏专科护理内涵、中医技术记录不规范、页面不整洁、签字不规范等方面，缺陷内容的具体分布情况，见表3。

表3 北京地区中医医院危重患者护理记录缺陷内容分布表

主要缺陷	缺陷内容	出现频次	构成比(%)
记录时限错误	病情变化未记录	18	2.50
	实施措施未记录	22	3.06
	记录少频次	12	1.67
缺乏专科护理内涵	交接班记录欠全面	53	7.36
	措施未突出专科特色	161	22.36
	病情观察要点不全面	100	13.89
中医技术记录不规范	实施记录与医嘱不相符	34	4.72
	缺乏效果评价	44	6.11
	未体现辨证施术原则	52	7.22
页面不整洁	字迹不清晰	55	7.64
	修改方式错误	24	3.33
签字不规范	缺少上级护士指导签字	81	11.25
	格式不规范	38	5.28

3 讨论

3.1 护理文件书写质量

护理文件质量的优良既能够反映护理人员的护理理论、业务水平以及工作责任心，也能够体现医疗组织的整体管理及护理质量[6]。

由表1可见，北京地区各级中医医院175份危重患者护理文件书写质量平均得分为82.12分，其中85分以上的病历80份，优秀率为45.48%，危重患者护理文件书写总体质量有所提升。这主要与2016年北京市中医管理局颁布了《北京市中医护理文件书写基本要求(2016年试行版)》(简称要求)，进一步明确了中医医院各类护理文件的书写要求、格式规范、记录内容及管理标准等指导意见有关。《要求》的发布在规范临床护理文件书写工作的同时，也帮助护士在书写护理病历时有法可依、有据可查。其次各中医医院在2010年卫健委颁发的《推行表格式护理文书》通知的指导下，全面推行表格化电子病历，也对护理文件书写质量提升起到了促进作用。

被调查的38所医院中仅有9所仍为手工记录，采用表格化电子病历的医院占比达到76.32%。表格化电子病历的应用实现了护理文件书写格式和内容的统一化和标准化，使护理文

件的书写更及时、全面、方便,节约了护士大量时间[7-8],同时护理质量控制部门对病区护理文件质量检查、考评、追踪更便捷、科学,使护理文件书写质量显著提高[9]。

3.2 护理文件书写缺陷

北京地区各级中医医院175份危重患者护理文件病案首页中患者日常生活能力(ADL)评定分值填写率为100%。

对ADL书写缺陷进行分析,由表2可见,缺陷问题主要集中在记录不及时和记录不准确两个方面,分别发生54次和22次。调查中发现有30.86%的患者在病情变化,如护理级别更改、转科、手术等情况时,未在病历中找到进行ADL评定的相关支撑材料,还有12.57%的死亡患者仍在病案首页中进行了ADL评分的填写。一些医疗机构ADL表单设计不够完善,仅设置了入院及出院评分,不能添加其他情况的评分,还有些医院在患者转归评分时未设计死亡选项,导致上述缺陷问题发生。除此之外,一些医院未明确制定ADL评分的书写质量要求,以及个别护士工作留痕意识欠缺也是相关因素。

由表2可见,体温单共发生缺陷问题106次,包括漏项、涂改、绘制错误3个方面,其中漏项集中在危重患者体温单上未记录出入量或入院首日没有标注出入量统计的时间,其次未记录患者血压情况或每日仅记录1次血压值也是高频问题,这主要与有些医院护理文件书写质量管理要求比较模糊相关,也提示中医护理质控中心等管理部门应进一步细化护理文件书写规范,做出明确要求。涂改和绘制错误的缺陷问题主要发生在未应用电子病历的医院,人工绘制是每本病历逐一添加体温表单进行绘制,不仅要重复填写眉栏内容,而且稍有不慎就会出现连线不直、连错线、粗细不一等现象[10]。一旦出现错误需要将整张体温表单重新绘制,个别护士缺乏责任心和慎独精神就会进行涂刮修改,造成表单页面字迹难辨认、不整洁等问题。

3.3 护理记录单

北京地区各级中医医院危重患者护理记录单存在缺陷问题最多,共720次,由表3可见,主要包括记录时限错误、缺乏专科护理内涵、中医技术记录不规范、页面不整洁、签字不规范等5个方面。其中5.56%为漏记录的缺陷问题,目前大多医院均存在护理人力不足,护士忙于日常治疗护理工作,忽略了护理文件在医疗纠纷及鉴定中的重要作用,漏记现象时有发生,甚至出现为应付检查而提前记录或后补记录等不良习惯[11]。还有1.67%的记录频次不符合《要求》中危重患者护理记录时限(日间每2h,夜间每4h至少记录1次)的规定,该缺陷不能够体现护理人员对危重患者病情观察的及时性,不符合分级护理要求,存在安全隐患。此外,护理人员的专业素质和水平也是影响护理记录单质量的重要因素,尤其是护理记录单的内涵质量[12],护理人员缺乏相关的专业知识,对疾病的专科护理特点不能准确把握,导致护理记录单出现内涵质量方面的缺陷314次,占34.24%。

在调查中发现,护理记录内容不能够充分体现患者病情观察要点,尤其是在交接班时对患者病情变化、管路、皮肤等情况交接记录不详实。例如患者大便次数每日增加10余次,无皮肤观察评估;连续数日描述患者皮肤压红,护理措施无调整变化等。还有些记录内容重复、雷同、千篇一律,被调查的危重患者护理文件中特级护理病历117份,占66.86%,且记录日数大于7天有138份,占78.86%,均超过总病历数的2/3,患者危重程度较高,这无疑给临床护理工作带来难度,尤其是护理记录书写量的大幅度增加。个别护士质量意识欠缺,对患者病情变化观察不仔细、不认真,未根据患者实际情况进行评估记录,导致记录内容与事实不符,拷贝病历等现象。调查显示有106例危重患者应用了中医护理技术,占60.57%,应用较为广泛,主要针对发热、便秘、失眠、恶心呕吐、口腔护理等问题,记录内容存在中医技术实施记录与医嘱不相符、缺乏效果评价、未体现辨证施术原则等缺陷。

我国中医院护理队伍普遍以西医院校毕业的护士为主,即使是中医院校毕业的护士,也存在课程内容过于西化,中医基础不扎实等现象[13],大多数护理人员辨证施护能力和中医病历书写能力不足,无法结合患者证候要点,运用八纲辨证方法,准确进行中医护理技术的实施、评价及记录。护理记录中页面不整洁、签字不规范等缺陷问题,主要与电子表格化护理病历未达到全覆盖、上级护士对护理病历书写质量的督查力度不足、护理记录书写方面的标准及要求比较模糊,或缺乏相应的培训[14]等因素相关。

综上所述,针对北京地区中医医院危重患者护理文件质量存在的缺陷,应进一步细化中医院

护理文件书写标准并统一组织解读培训;继续全面完善推行电子表格化护理病历;加强临床护士法律意识、专科能力、中医知识等方面的培训学习。作为上级质量管理部门,应该高度重视护理文件书写的质量问题,全面了解其质量现状,并分析其原因,为采取干预措施提供依据。

利益冲突声明:所有作者均声明不存在利益冲突

参考文献

[1] 王庆珍,韩丽军,典慧娟. 住院病历电子护理文书内涵质量的分析与对策[J]. 解放军护理杂志,2016,33(22):60-63.

[2] 卫生部医政司. 医疗事故处理条例及配套文件汇编[z]. 2002,8:3

[3] 王巧,安喆,边征,等. 重症监护病房护理记录单的质量现状调查与分析[J]. 中国医药科学,2019,9(4):200-203.

[4] 赵珊,黄海,伍敏. 某三甲医院2009—2014年医患纠纷影响因素分析[J]. 中国医药导报,2016,13(8):181-184.

[5] 黄洁仪,谢旦,李伟容. 清远市中医院2017—2018年重症监护病房住院病例统计分析[J]. 中国医药科学,2020,10(6):209-211,238.

[6] 谭秋荣. 护理文书质量缺陷的调查与分析[J]. 护理实践与研究,2018,15(20):12-14.

[7] 孙雪松,郑西川,王晓丽. 基于电子病历的护理风险预警模型设计与应用探讨[J]. 中国数字医学,2016,11(7):24-26,4.

[8] 茹江丽,项春燕,李静,等. 中医院重症电子护理病历的设计与应用[J]. 中国中医急症,2015,24(12):2150-2152.

[9] 谢萍,郑军,郭晓娟,等. 电子护理文书闭环质量控制系统的应用及效果评价[J]. 中华护理杂志,2018,53(7):806-809.

[10] 李惠卿,赵德生,汤舜銮,等. 电子护理病历与手工护理病历优势比较的研究[J]. 国际医药卫生导报,2012,18(23):3394-3396.

[11] 林代琼. 医院护理文件书写质量管理现状调查[J]. 中国卫生事业管理,2016,33(12):899-902.

[12] 冀文妮,黄秋月,罗素英,等. 中山市某医院电子护理文书环节质量缺陷分析与对策[J]. 中国医药科学,2016,6(10):216-218,222.

[13] 赵俊英,黄少兰,付海英,等. 中医护理技术规范及推广模式的构建研究[J]. 护理研究,2020,34(21):3890-3895.

[14] 黄少姬,陈秀范. 128份死亡病案护理文书缺陷分析与防护对策[J]. 护理实践与研究,2012,9(9):96-97.